



全日病

21世紀の医療を考える全日病 2009 NEWS 10/15

発行所/社団法人全日本病院協会
発行人/西澤寛俊
〒101-8378 東京都千代田区三崎町
3-7-12 清話ビル
TEL (03)3234-5165
FAX (03)3234-5206

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION NO.719 2009/10/15 <http://www.ajha.or.jp/> mail:info@ajha.or.jp

08年補正 地域医療再生基金を1/4執行停止

予算見直し作業 補正予算と概算要求に立ちはだかる“無駄排除”の壁。

民主党政権の下で政府予算の見直しが進んでいる。2009年度補正予算は、各省とも10月2日に1次回答を内閣官房に提出、長妻昭厚生労働大臣は4,359億円を削減する案を提示した。

1次回答による全省の削減額は約2.5兆円。政府が見込んだ3兆円を下回ったため、鳩山首相は削減額の上積みを求め、各省に10月9日を期限とする削減努力が課せられた。

この2次回答で、厚労省は「地域医療再生臨時特例交付金」の一部執行停止(750億円)を含む854億円を上積み、5,213億円とする案を提示した。

交付金にもとづいて都道府県が設ける地域医療再生基金は概ね5年間にわたって3,100億円が計上されているが、その1/4が削られることになる。ただし、「次期診療報酬改定において十分に地域医療に資する対応を行うことが削減の前提」と長妻大臣は説明している。

削減額の上積みには、レセプトオンライン義務化支援予算の一部(94億円)も加えられた。義務化が難しい医療機関

に対する免除・猶予措置を決めたことで、支援予算の圧縮が図られたためだ。ほかに、未承認薬・新型インフルエンザ等対策基金(679億円)、特養ホーム等への整備転換等に対する財政支援(8億円)などが執行停止される。

10月13日の会見で、長妻大臣は、「仙谷行政刷新担当大臣から、無駄を排除するためにさらに上積みを求められた」と苦渋に満ちた表情をみせた。一晩で詰め、14日に回答するとした。

一方、10年度予算に対する概算要求について、鳩山内閣は自公政権の下で8月末に提出された各省要求の見直しを求め、10月15日を締め切りとした。

厚労省の概算要求は26兆4,000億円と09年度当初予算に比べて1兆2,565億円増えている。自公政権が社会保障給付の抑制を断念したため、増加額のほとんどを年金や医療給付費の自然増が占めている。

この概算要求に、民主党がマニフェストでうたっている子供手当(半額実施2.7兆円)、雇用保険の非正規労働者へ

の適用(0.3兆円)、医師不足解消や新型インフルエンザ対策(4.4兆円)などを上乗せすると、要求額は30兆円を大幅に超える。

これに対して、藤井財務大臣は10月9日の会見で、「厚労省といえども、過去50年一つの政権が続いたことによる膿がある」と指摘。就任直後の長妻大臣が省内に飛ばした「過去の膿を出し切ってほしい」という檄を逆手に使って、民主党が重視する社会保障費であっても厳しく査定する考えを示唆した。

同日の会見で、野田財務副大臣は、「新たな概算要求は09年度当初予算を超えないよう求めている」と表明、マニフェスト実現を建前に大幅増額を狙う厚労省を牽制した。



▲三役会議後の会見で「補正予算はさらに削る」と述べる長妻大臣(10月13日)

財務省の姿勢は「無駄の排除で、(マニフェスト実現分を含めた上で)当初の概算要求よりも減額してほしい」というもので、厚労省内には強い反発が生まれている。

厚労省は10月15日に第2次概算要求を提出するが、その後も再見ししの要求が想定される上、予算編成の前面に立つ行政刷新会議の実務スタッフが財務省筋で固められたことなどから、厚労省の要求額がどこまで実現するかは定かではない。

委員選出の大幅遅れで改定審議に空白!

中医協委員の選出問題 「来春改定に間に合うのか」—緻密な議論の時間確保に不安

中医協の新たな委員選出が大幅に遅れている。9月28日の政務三役会議で、長妻厚生労働大臣は足立政務官に、任期を迎えた中医協委員の人選検討を託した。

当初、足立政務官は10月7日の総会に間に合わせたいとしていたが、その後、10月14日にいたるまで総会の開催はなく、現在のところ、次回開催はめどがたっていない

中医協委員の任期は1期2年。2回まで再任が可能で、最長3期6年まで努めることができる。9月末に任期満了を迎えたのは支払側委員1人と診療側の6人。診療側は医科医師が5人、薬剤師が1人。

人選が遅れている理由の1つに、日本医師会出身委員の枠をめぐる意見の違いが政務三役間に生じていると消息筋は指摘する。

10月9日の会見で大臣は、「(中医協が)

週2回開催される時期までには決めたい」と説明した。これまで改定前年の審議日程は、7月までにスケジュールと審議の方向性が確認され、10月からは社会保障審議会の基本方針議論と並行して各論の論点提起に移り、10月末から11月初めの医療経済実態調査報告を挟んで、2巡目の議論に入っている。

その審議日程が大きく遅れていることは明白。新たな委員を迎えて議論が

活性化することが予想されるだけに、論点段階の議論で時間ばかりが経過、短時間で改定の基本骨子への合意が求められ、委細は事務局(保険局医療課)に投げられるといった旧態依然の運営となる可能性を懸念する声も出ている。

だが、事態は、中医協委員の入れ替えだけではない。それは、改定基本方針を策定する場を現在の社会保障審議会の医療部会と医療保険部会から別の機関に移行させるという案が、政務官クラスで浮上しているからだ。

2010年度改定の本格的議論がいつから始まるかは、現在のところ、まったく見通しがついていない。

4月義務化の猶予対象病院は12月分からオンライン請求

オンライン請求の義務化 電子レセ未対応の医療機関は最長14年度末まで義務化を猶予

厚生労働省は、オンライン請求について、本来ならば今年4月に義務化期限を迎えていたが、5月の省令改正によって延期されていた病院・薬局の猶予期限を11月30日とする告示を予定、10月10日にパブリックコメントに付した。

厚労省は、また、一部医療機関のオンライン請求義務化を免除するという改正省令案をまとめ、告示案とともに意見募集にかけた。

告示が施行されると、今年4月のオンライン請求開始を猶予されていた病院・

薬局は、この12月診療分(1月10日期限)からオンラインで診療報酬・調剤報酬を請求することになる。

一方、改正省令案の内容は、(1)レセプト件数が年間3,600件以下(歯科は2,000件以下)で、かつ手書きで診療報酬請求を行なう医療機関・薬局はオンライン請求義務化の対象外とする、(2)常勤の医師・歯科医師・薬剤師がすべて65歳以上の診療所・薬局(義務化期限到来時点で電子レセプトによる請求が可能な診療所・薬局を除く)はオンライン請求義務化の対象外とする、(3)電子レセプトに対応していないレセコンを使っている医療機関はリースを含め最長2014年度末までオンライン請求を猶予する(ただし、09年4月以降新たにレセコンを入れた医療機関を除く)、(4)10年4月診療分からオンライン請求が義務化されている医科診療所等については、その開始を同年7月診療分(8月10日請求分)まで延期する、というもの。

なお、(3)に関しては、09年4月に義務化期限が到来していたものの、5月の省

令の改正で義務化が猶予されていた病院・薬局は、前出のとおり猶予期限を11月30日とする告示案が示され、対象外とされた(ただし、年間請求件数が1200件以下の薬局はリース期間等の終了時まで、最長10年度末まで猶予される)。

また、改正省令案には、オンライン請求を行なうことが困難な個別事情がある医療機関等には、例外的に書面または光ディスク等による請求が認められるとされていたが、その「個別事情」として6項目が明示されている。

オンライン請求義務化の免除と猶予は事実上診療所が対象で、民主党のマニフェストに書き込まれていた政策が足早に実行に移されるもの。

清話抄

医療の崩壊は、現在もさらに進行している。地方の公的病院の一部は、まさに壊滅と言うべき状態にある。

この医療崩壊は研修医制度に原因があるとされているが、それは表面的な捉え方に過ぎない。私の居住している県では、ある市立病院の存続を巡っ

て激しい市長選が争われた。しかし、新たな市長のもとで市立病院がどのような形で再建されたか、未だ耳にしていない。

地方の首長選挙では、どの候補者も、医療や福祉に重点を置くことを第一に掲げる。それは、地域住民にとっても最大の要望事項であり、こうした願いが公的病院の設立を促してきた。

しかし、医療は立派な建物があってもそれだけでは運営できない。医学知識

が豊富で経験を積んだ熱意のある医師、これを補助する熟練した看護師や正確な技術を持つコメディカル等一連の医療関係者、さらに、経営感覚に秀でた病院管理者が揃って、初めて良質な医療が提供できるのである。

地方では、病院建物はできても、医師については、ほとんどが大学医局からの派遣を頼りにしてきた。

医療の構造変化が進めば医局制度も変わる。人材の派遣が困難になるのも

無理はない。研修医制度だけが医療崩壊の原因ではない。地域医療の再建は金や政治力だけではできないということを知るべきである。

医療・福祉に対する地域住民の要望を収集・蓄積し、これを詳細に分析して、その地域に適した医療福祉計画を立案し、この仕事に熱意と気概を持つ人材を育成していく地道な努力が、地域を医療崩壊から防御する唯一の手段である。(平)

主張

民主党政権で「医療費亡国論」の呪縛に終止符の可能性が…。しかし、公的病院偏重のきらいも。我々は提供体制で提言すべし

衆議院選挙は予想通り民主党の大勝に終わり、国民は変革の道を選択した。マニフェストに記された医療政策では、社会保障費削減の骨太方針の撤廃は当然として、最も注目すべき内容は、「総医療費対GDP比のOECD加盟国平均までの引き上げ」と「医師数1.5倍の大幅増加」である。実現すれば、1980年代吉村発言以来の「医療費亡国論」の呪縛からのがれられ、四半世紀続けられてきた厚労省政策の根本的な転換となるはずである。

医療提供体制の整備でも「機能分化の推進を前提に、療養病床38万床の維持」をうたっているうえに、一般病床・精神病床の削減は掲げられておらず、加えて「現役医師の有効活用策で医療従事者不足を軽減」「勤務医の就業環境の改善」「医療従事者の職能拡大と定員増」が示されている点は、すべての病院への診療報酬による支援の形で実現するならば、全日病会員にとっても歓迎すべき内容である。しかし、「地域医療を守る医療機関

を維持」に関して、「医師確保などを進め、地域医療を守る医療機関の入院については、その診療報酬を増額」としているものの、「詳細版」の原案には「…公益性のある病院の入院については、その診療報酬を1.2倍」とすると書かれていたことや、「4疾病5事業を中核的に扱う公的な病院(国立・公立病院、日赤病院、厚生年金病院等)を政策的に削減しない」としている点など公的病院偏重が伺われる一方、医療の大半を支えている民間中小病院や診療所の役割に対する言

及は全くない点に、我々は重大な関心を持つべきであると考えている。また、医療費も含め社会保障に関する明確な財源の確保は担保されていないことも大きな問題であり、医療提供者側としての考え方を示す必要がある。全日病においては、「病院のあり方に関する報告書」の内容を基に、早急に今後の医療提供に関する重点的提言を機関決定し、民主党と接触を図るべきと考える。(T)

看護師の業務範囲拡大で本格的な議論

チーム医療推進に関する検討会 解釈変更で臨むか法改正かで意見が分かれる

厚生労働省の「チーム医療の推進に関する検討会」は10月5日に2回目の会合を開き、看護師による診療補助業務のあり方をテーマに取り上げ、本格的な議論を開始した。

事務局(医政局医事課)は、ヒアリング用資料とともに「看護師の業務範囲に関する法的整理」と題した資料を提示、看護業務領域の見直し議論が法改正を視野に収める方向で進む可能性へ含みを残した。

今回のヒアリングに応じたのは国立国際医療センター桐野高明総長と近大姫路大学南裕子学長の2人。

桐野氏は、チーム医療は単に医師不足を補うためだけに必要なのではなく、医師に対する負担を減らし、医師の診療能力を高めるためにも必要であるとした上で、専門医の質を高め、法律的裏付けと診療報酬による担保を通して専門医制度を完成させることが高水準の医療維持につながるという見解を述べた。

一方、南氏は、世界では「ヘルス専門家の相互の尊敬と理解のもとに連携と協働が進んでいる」と指摘。「それぞれの役割の独自性と能力の理解・レスポクト」を深めることが、チーム医療(連携と協働)の前提であるという認識を示した。

その上で、看護師の役割を見直す際に「ケアとケアを統合・融合する機能」を開発することが重要であるとして高度実践看護師(APN)の概念を提起し、NP(ナースプラクティショナー＝一定範囲の診療活動ができる看護師)、CNS(専門看護師)、そして両者を併合した

専門家からなる大学院修士レベルのAPNを、それぞれ養成していく必要があると主張した。

議論において、島崎委員(政策研究大学院教授)は、医師以外で医行為を行なう看護師の範囲に言及。「アドバンスドナースのような資格をつくって特別に認めるのか、あるいは、(看護師)全体を底上げするのか」と論点を提起した。

診療補助行為は、「静脈注射」(2002年9月)、「薬剤投与量の調節」および「救急医療等における診療優先順位の決定」(07年12月)など、ゆっくりだが、現場の実態を追いかけるかたちの解釈拡大によって広がってきている。

法改正については、現行法の枠内でも診療補助の範囲は広げられるとする慎重論があった一方、法解釈ではなく法改正にまで踏み込むべきだとする積極論もあがった。

有賀委員(昭和大医学部教授)は、「診療補助は相当なところまでできるというのが実感だ」と発言、必要に迫られて実践が先行している現場の状況を認めた。

この意見を追認するように、島崎委員は、「看護師の業務範囲は弾力的に運用可能だ。何が診療補助に該当するかは解釈の問題であるし、主

治医の指示も包括的なもので構わないからだ。柔軟に解釈することで範囲を広げることにはできる」という認識を示した。

これに対しては、「医師の指示に疑問を持ちながらも従って、誤った注射で

患者が亡くなった場合、今の刑法ではナースの責任は免れない。特に医療事故においては、医師の指示との関連を法的にクリアしてほしい」と、解釈拡大でよしとする論調に懸念を示す意見も出された。

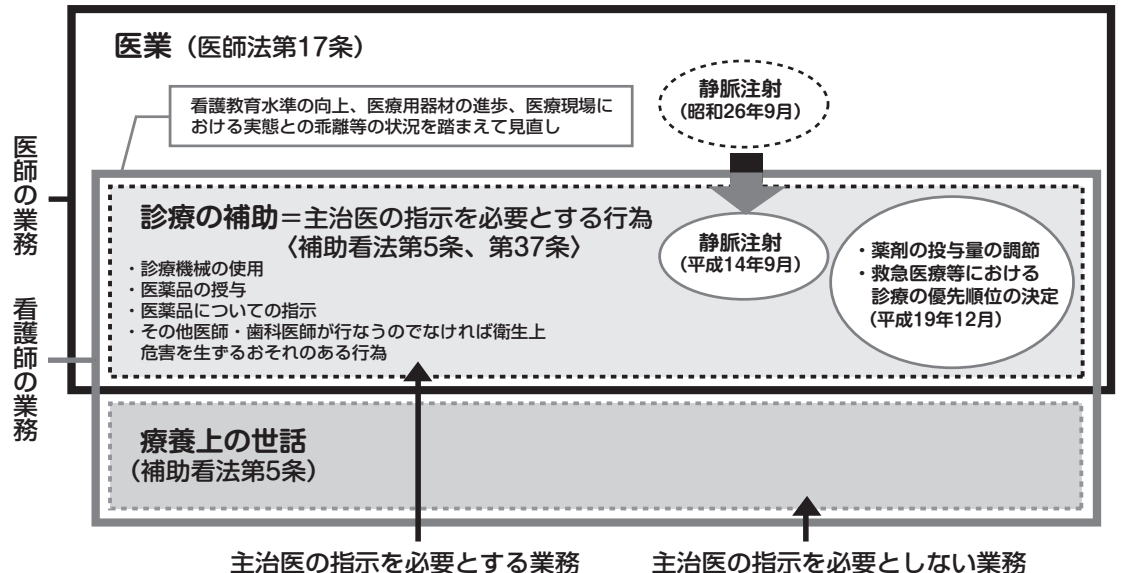
第3回会合 薬剤師の役割を上げる

「チーム医療の推進に関する検討会」の第3回会合が10月13日に開かれ、虎の門病院林昌洋薬剤部長、近森病院川添昇常務理事、聖路加国際病院中村めぐみがん専門看護師の3人に対するヒアリングを行なった。

林氏は、チーム医療における薬剤師が果たす役割のあり方を取り上げ、所

見を述べた。中村氏は「リソースナース」の役割や機能について説明。「専門分野の知識や技術を活用し、看護職員や他従事者へ啓蒙活動を行なうとともに、ケアの提供を介して看護の質の保証に貢献する」機能をもつと説明した。

看護師の業務範囲に関する法的整理 (事務局提出資料)



優秀な人材確保のチャンス!!

加算年金のある病院基金へ、ぜひご加入を

病院厚生年金基金は、終身年金を支給する税制上もっともすぐれた企業年金制度です。事業主と従業員、また都道府県内の病院どうしが助け合い、支え合って豊かな老後をサポートしています。



- 短期間の加入も、すべて将来の給付に結びつきます。
- 労働意欲の向上が図れ、優秀な人材の確保に役立ちます。
- 基金の福祉施設事業を利用し、福利厚生の実感が図れます。

- 事業主掛金は、すべて経費算入でき、税制上の優遇措置が受けられます。
- 基金加入による従業員の負担増はなく、将来、手厚い給付を受けられます。
- 基金財政は、事前積立方式のため、支払った掛金が掛け捨てになることはありません。

お問い合わせは、下記の厚生年金基金へ

北海道 ☎011-261-3172	兵庫県 ☎078-230-3838
秋田県 ☎018-824-5761	奈良県 ☎0742-35-6777
山形県 ☎023-634-8550	和歌山県 ☎073-433-5730
福島県 ☎024-522-1062	鳥取県 ☎0857-29-6266
茨城県 ☎029-227-8010	島根県 ☎0852-21-6003
栃木県 ☎028-610-7878	岡山県 ☎086-223-5945
群馬県 ☎027-232-7730	広島県 ☎082-211-0575
埼玉県 ☎048-833-5573	山口県 ☎083-972-3656
千葉県 ☎043-242-7492	徳島県 ☎088-622-1602
東京都 ☎03-3833-7451	香川県 ☎087-823-0788
神奈川県 ☎045-222-0450	愛媛県 ☎089-921-1088
新潟県 ☎025-222-3327	福岡県 ☎092-524-9160
富山県 ☎076-429-7796	長崎県 ☎095-801-5081
石川県 ☎076-262-5261	熊本県 ☎096-381-3111
長野県 ☎0263-36-4834	大分県 ☎097-532-5692
静岡県 ☎054-253-2831	宮崎県 ☎0985-26-6880
滋賀県 ☎077-527-4900	鹿児島県 ☎099-227-2288
京都府 ☎075-255-1312	沖縄県 ☎098-869-3521
大阪府 ☎06-6776-1600	

ワークライフバランス

WLBと看護師離職率の関係を調査。時間外勤務と相関?

「職員に選ばれる病院づくり」に関するアンケート調査の結果

従事者委員会が結果を鹿児島学会で発表。3病院が具体的事例を報告

全日病の医療従事者委員会(大橋正實委員長)は、今年5月に全会員病院を対象に実施した「職員に選ばれる病院づくり」に関するアンケート調査の結果をまとめた。

調査は、医療スタッフの確保に悩む病院が増える中、「どういった病院がどう

いう努力と方法で職員の支持を得ているか」を探るために実施された。

その結果、柔軟な勤務時間・形態を導入することによって、医療従事者には働きやすい職場づくりを、病院経営者には有能な人材の確保・定着を促すワークライフバランス(WLB)への対応状況

とWLBが看護職員の離職率など勤務意識に与える影響について、一定の傾向を把握することができた。

医療従事者委員会は引き続いて調査結果の分析を深めるとともに、調査で得られたデータと事例を鹿児島学会の委員会企画(11月21日「職員に選ばれる病

院づくり～WLB(ワークライフバランス)～」で発表し、シンポジウムとディスカッションを介して、来場した会員病院とともに、職員満足度の高い病院づくりを考える資料に供する予定だ。

鹿児島学会に先立って、アンケート調査結果の概要を報告する。

「職員に選ばれる病院づくり」に関するアンケート調査の概要

●調査の目的

会員病院におけるWLBへの対応状況および対応と看護職の離職率との関係を調査する。

●調査の方法と回答率

5月に全会員病院に調査票を送付。設問は、病院の一般的属性のほか、給与体系、WLBへの対応状況、有休消化率、看護職の離職率などであった。その結果、691病院より回答を得た(回答率30.4%)。

●集計結果の概要

1. WLBへの対応について

職員の出産・育児に対応しやすくするために、86.3%が「勤務形態の見直しを実施」しているが、「給与形態の見直しを実施している」のは47.3%にとどまった。

職員のニーズに応じた勤務時間の対応としては、91.9%が「夜勤の免除」を、83.4%が「勤務時間の弾力的な対応」をしている。

短時間正職員制度は22.3%が「導入済み」で、11.7%が「導入を検討中」であった。導入済病院の対象は、看護職87.0%、

医師57.1%、事務職53.2%、技師(放射線技師、臨床検査技師等)50.6%、介護職45.5%の順。その内容は、「時間短縮」が46.8%、「時間短縮と日数短縮の両方を選択できる」が42.2%とほぼ拮抗した。

39.1%が「職員満足度調査」を実施、その85.9%が調査結果を職員に公表している。職員満足度調査を継続的に実施かつ職員に公表している病院については、36.6%が「調査結果が向上している」と回答したが、「調査結果は変わらない」という回答も37.5%あった。

育児休業制度は96.7%が活用。院内保育所を有する病院は42.3%に達したが、そのうち、病児保育を手がける病院は19.9%にとどまった。ただし、病児保育をしている病院の53.4%が24時間保育を実施している。院内保育所を有する病院における運営費の病院負担割合は86.0%が「20%以上」であった。

看護職における月間1人当たりの平均時間外勤務が「5時間未満」の病院は53.4%と過半数を超えている。

医業費用・医業外費用を含めた費用に占める教育研修費の割合は、72.5%が「1%未満」だが、「1%以上」と答えた病院が25.2%あった。その教育研修費に占

める看護職員対象の割合が「20%以上」と答えた病院は59.6%に達している。

2008年暦年の常勤看護職員離職率は、「5～10%未満」(29.5%)、「5%未満」(21.9%)、「10～15%未満」(20.8%)、「15～20%未満」(12.4%)、「20～30%未満」(9.6%)の順。08年暦年に新規採用した常勤看護職員のうち1年以内に退職した割合は「10%未満」が65.0%と圧倒的だが、「10～20%未満」が15.3%あったほか、「20～30%未満」が10.4%、「30%以上」が7.7%あるなど、落差が大きい。

幹部を除く看護職員有給休暇消化率は看護職以外(医師及び幹部職員を除く)よりも高い。

2. 病院の特性とWLBへの対応

○回答病院の74.8%を占める200床未満における看護職の短時間正職員制度導入は17.4%と、200床以上病院の25.5%よりも少なかった。また、200床以上の病院のほうが、院内保育所の設置は63.0%、職員満足度調査の実施は49.1%と高かった。

○「療養病床のみ」および「精神病床のみ」の病院が看護職員の時間外勤務5時間未満の割合及び幹部職員の有給消化

率は高かったが、院内保育所設置と職員満足度調査の実施は少なかった。

○所在する市町村の人口は「20万以上」が57.2%を占めているが、人口規模とWLBへの対応に有意な関係はみられなかった。

○47.5%の病院が常勤職員の職種別給与体系を順守しており、これら病院における看護職への短時間正職員制度の導入済割合、院内保育所の設置割合、職員満足度調査の実施率は高かった。

○人件費比率については「50%未満」が23.6%、「50～60%」が52.4%、「60%以上」が22.3%であったが、WLBへの対応と有意な関係はみられなかった。

3. 看護職の離職率と病院特性、WLBとの関係性

○人口20万以上の市町村に所在する病院と200床以上規模の病院で離職率が高かった。

○看護職員の時間外勤務5時間未満の割合が高い方が離職率が低かったが、反面、院内保育所を設置している病院の方が離職率が高かった。これらは病院の規模が大きかったことによる影響と推測される。

■「短時間正職員制度」の内容

	導入済病院の現状	導入を想定した場合
対応する職種(複数回答)		
医師	57.1%	39.1%
看護職	87.0%	61.3%
技師(放射線技師、臨床検査技師等)	50.6%	24.0%
介護職	45.5%	23.2%
事務職	53.2%	18.5%
その他	16.9%	3.2%
無回答	0.6%	21.0%
該当する制度のパターン		
「時間短縮」(1日の労働時間を短縮している)	46.8%	17.5%
「日数短縮」(週の労働時間を短縮している)	4.5%	5.6%
「時間短縮」と「日数短縮」の両方を選択できる	42.2%	29.8%
職種によってパターンを変えている	3.9%	11.1%
その他	1.9%	4.2%
無回答	0.6%	31.7%

■有休消化率(2008年1月～12月)

	看護職員(幹部職員を除く)	看護職員以外の職員(医師及び幹部職員を除く)	幹部職員(事務長・看護部長等、但し医師を除く)
100%	2.6%	1.2%	0.6%
70～100%未満	23.4%	15.5%	6.9%
50～70%未満	24.7%	21.7%	10.0%
40～50%未満	17.1%	20.1%	8.8%
40%未満	30.1%	39.9%	72.2%
無回答	2.0%	1.6%	1.4%

■院内保育所、病児保育、24時間保育

院内保育所の有無	
ある	42.3%
ない	57.7%
院内保育所がある病院における病児保育	
している	19.9%
していない	80.1%
病児保育をしている病院における24時間保育	
している	53.4%
していない	46.6%

■育児休業制度の活用

活用している	96.7%
活用していない	3.3%

■職員のニーズに応じた勤務時間の対応

夜勤の免除をしている	91.9%
していない	8.1%
勤務時間の弾力的な対応をしている	83.4%
していない	16.6%

■職員の出産・育児に対応しやすくするための対応

勤務形態の見直しを実施している	86.3%
実施していない	13.7%
給与形態の見直しを実施している	47.3%
実施していない	52.7%

■医業費用・医業外費用を含めた費用に占める教育研修費の割合(08年1月～12月)

1%未満	72.5%	5%未満	21.9%
1%以上	25.2%	5～10%未満	29.5%
無回答	2.3%	10～15%未満	20.8%
		15～20%未満	12.4%
		20～30%未満	9.6%
		30%以上	2.9%
		無回答	2.9%

鹿児島学会の企画「職員に選ばれる病院づくり～WLB(ワークライフバランス)～」

医療従事者委員会副委員長 織田正道

医師、看護師をはじめとする医療従事者の確保を助ける有効策として「ワークライフバランス」の考え方が注目されている。看護師を例に挙げると、結婚、出産、育児、介護などを機に現場を離れた潜在看護師が推計で65万人とされている。日本医師会の調査では、潜在看護師の7割が、家庭との両立が可能であれば復職したいと希望していることが明らかになった。

「ワークライフバランス」の目的は、医療従事者が仕事と私生活のバランスを取りながら、持っている能力を最大限発揮してもらうことにあり、実際、こうした取り組みによって多くの人材が集まっている病院がある。

そこで、医療従事者委員会では、「ワークライフバランス」をテーマにシンポジウムを企画した。

会員病院からはアンケート調査に多くの回答をいただいた。当企画では、慶応義塾大学医学部池上直己教授に、アンケート調査の分析結果について基調講演をお願いし、さらに、回答した病院から3病院を選び、その事例報告を交えてディスカッションを行う予定である。

■08年1月～12月に新規採用した常勤看護職員のうち1年以内に退職した割合

10%未満	65.0%
10～20%未満	15.3%
20～30%未満	10.4%
30%以上	7.7%
無回答	1.6%

■「短時間正職員制度」の認知度

導入済み	22.3%
導入を検討中	11.7%
制度は知っている	41.4%
聞いた事はある	18.7%
今回初めて聞いた	5.2%
無回答	0.7%

■職員満足度調査について

実施の有無	
ある	39.1%
ない	60.9%
調査結果の職員への公表	
している	85.9%
していない	14.1%
調査を継続し、結果を公表している病院における傾向	
調査結果が向上している	36.6%
調査結果は変わらない	37.5%
調査結果が低下している	2.2%
結果の公表を継続していない	23.7%

DICと敗血症 分類の見直しと様式1・レセプトへの根拠記載で対応

DPC分科会がヒアリング結果の「まとめ」を了承



10月5日に開かれた診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会は、9月24日・25日に行なったヒアリング結果の「まとめ」(別掲)を概ね了承した。

ヒアリング結果の「まとめ」において、再入院と再転棟については、引き続き不適切な運営が起きないよう、「今後も、その動向を注視する」とされた。

アップコーディングの可能性が指摘された、播種性血管内凝固症候群(DIC)と敗血症に関しては、「患者の状態によっては、軽症でもこうした疾病に準じた治療が実際に行われており、必ずしも不適切とは言えない場合もある」ことから、これらの分類方法を検討した上で、様式1とレセプトに「診断根拠

や重症度が分かる指標を入力することを検討する」とされた。

また、カルバペネム系または第4世代セフェム系抗生物質の使用については、その使用状況を「他の医療機関と比較したことはなく、自院の状況を把握出来ていなかった」ことが否定できないとして、

新たな機能評価係数案の1つである「質のデータを公開していることの評価」を検討する中で、「病院として医療の標準化、質の向上の取り組みを推進することについて検討していく」とされた。

ケアミックス型病院における再転棟でやりとり

療養病棟急変患者が転棟にいたる3日間は出来高が可能。「これが再転棟の原因」?!

10月5日のDPC評価分科会で、「再転棟」に関して、分科会会長代理の小山委員(東邦大学医学部教授)は、「ケアミックスの病院は何が問題なのか。何がこういうこと(再転棟)をさせているか」と切り出し、「一般病棟に戻ると、その日から遡った3日間は出来高が算定できる。しかし、これを利用してしまつとDPCが駄目になる。出来高にするのではなく、例えば、DPC病棟に転棟するならば3日間をDPC算定にするということが必要ではないか」と提起した。

小山委員が指摘した診療報酬項目は、療養病棟入院基本料「注3」の但し書きにある「患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日より起算して3日前までの当該費用については、この限りでない」という部分を指していると思われる。

素直に読めば、療養病棟で急性増悪となった患者を転棟・転院させて急性期の治療を受けさせた場合には、転棟・転院にいたる3日間は、包括されている検査、投薬、処置等を出来高で算定できるというもので、病状が急変をたどった場合に必要な医療提供を適正に評価する診療報酬上の措置といえる。

これについて、小山委員は、「慢性期病棟に入院させ、そこから急変で一般病棟に戻すと、転棟から3日以内は出来高が算定できると読み取れる」と指摘し、あたかも、「これこそ一般病棟と療養病棟間のキャッチボールの理由だ」とばかりに、ケアミックス型病院のDPC運営に疑問を投げかけた。

こうした意見に、ケアミックス型病院

である美原委員(美原記念病院院長)は、「グループ間で再転棟があるとの指摘だが、我々はそういうことはない」と、ほとんどのケアミックス型病院には無縁なケースであると否定。

「むしろ、地域の急性期病院から十分な治療を終えていない、本来は急性期できちんと治療すべき患者を受け入れるケースがある」と、後方病床に位置する回復期病床がDPC対象病院における平均在院日数の調整受け皿になっている現状を指摘し、「本当の急性期とは何なのか疑問に思う。その辺りの基準が示されるとよい」と提起した。

同じくケアミックス型病院の金田委員(金田病院院長)も、「大病院から回復期に送られてくるのは合併症の患者ばかりだ。断ると紹介がなくなるので受け入れている」現状を明らかにするとともに、「急性期のすべてが大病院というわけではない」と、「周辺に大病院がない中で救急も引き受けている」中小病院の多くがケアミックス型として、地域の医療ニーズに対応している地域医療の構図を直視するよう求めた。

こうした提起に、DPC分科会の西岡会長(横浜市立みなと赤十字病院院長)は「病院の制度設計の問題」という認識を示し、病院機能と類型にそって制度設計を見直す方向性を示唆した。

一方、池上委員(慶応大学医学部教授)は急性期と慢性期に関する定義の検討に着手する必要があるという認識を示した。

DPC分科会を大半を占める大学病院の委員は、依然として、中小病院が多いケアミックス型のDPC参入に対する違和感が拭えていないようだ。

ケアミックス型病院におけるDPC運営については、一般病棟から療養病棟に転棟された後、一般病棟に再転棟させて入院期間をリセットさせるという、一部の行為が不適切とされた。

これについては、再入院の場合と同様、「3日以内の再転棟については一連の入院とみなす」措置がとられている。

それが、今、あらためて問題となっているのは、一部で、「一連の入院」に該当しない再転棟が肺炎等を根拠になされているからであり、そこに、一般病棟で受けるべき患者を、回復期リハ

病棟や療養病棟で受け入れた後に一般病棟に転棟させるという事例が明らかになり、議論を複雑にした。

この問題については、入院基準や急慢定義にかかわる検討を必要とするほか、当該病院が置かれている地域事情の面からの考察も必要になるが、前出の診療報酬上の規定とは関係がない。

こうした議論に終止符を打ったのは医療課宇都宮企画官の発言である。再転棟の議論が再入院をめぐる議論と同じ軌跡を描いていることを想起させた上で、「再転棟を繰り返している割合は実は非常に少ない。ただ、一部不適切な例があるので、それに対してどういうルールが必要なのか、そういう防止策を検討しようということである」と論点を明確にした。

救急体制、医療標準化、人的配置で新係数の議論開始

同日のDPC分科会に事務局は「新たな機能評価係数に係る特別集計結果」の速報版を提示した。DPC対象・準備病院の全1,613病院に調査票を送付、①救急医療の提供体制(時間ほかの提供形態、診療科、技師を含む従事者、救急患者数、トリアージ体制、補助金)、②医療標準化(ガイドライン、パス、カンファレンス)への取り組み状況、③職種別資格者(医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、社会福祉士)の配置状況に関して、1,608病院から回答を回収した。

事務局は「病院によっては設問の意味を誤解して回答している向きもある」ことに留意すべきとした上で、「これは簡単な集計に過ぎない。このデータをどう活用したらよいか、ご指示いただきたい」と、今後の集計分析について提起。調査結果を基に、これらの実態から新たな機能係数を導くに足る指標をどう抽出できるか、1回目の議論が試みられた。

トリアージの体制については、病床規模別の集計だけでなく救急提供体制とクロスさせたり、医療圏ごとの集計が必要という注目が示された。

ガイドラインに関しては、調査前からしばしば議論されていた「何をもちょうガイドラインとするか」という提起が再びなされ、指標として採用する上で、ガイドラインの定義が困難な課題として立ちはだかっていることがあらためて確認された。

救急については、「救急患者がどこからきたかを把握することが重要」として、紹介先の医療機関や施設が見えるようにすべきという提案がなされた。提案者は「この集計では病院間のキャッチボールがみえてこない」と疑問を呈した。

また、診療科の表示については「病院によって診療範囲が異なる。診療科群として見た方がよい」という提起も示された。

2009年度DPC評価分科会における特別調査結果について(ヒアリング結果のまとめ)

本年9月24日及び25日にDPC評価分科会において実施した、医療機関からの意見交換(ヒアリング)の結果等について以下にまとめた。

I. ヒアリングの概要 (略)

II. まとめ

(1) 再入院及び再転棟について

再入院については、3日以内及び4～7日以内の再入院の割合が大幅に変化している医療機関が認められたが、調査票において、患者の不利益が懸念されるような事例は認められなかった。一方で、再転棟の割合については非常に多い医療機関があった。

再入院及び再転棟についての調査の結果も踏まえつつ、今後も再入院及び再転棟の動向について注視していくこととしてはどうか。

(2) 特定の診断群分類のコーディングについて

播種性血管内凝固症候群(DIC)及び敗血症については、全DPC対象病院の平均に比べ、軽症な症例で算定されている事例があった。これらの中には、不適切なコーディングも指摘されたが、一方で、患者の状態によっては、軽症でもこうした疾病に準じた治療が実際に

行われており、必ずしも不適切とは言えない場合もあるとの指摘があった。

こうしたことを踏まえ、これらの診断群分類においては、適切な分類方法について検討した上で、例えば、必要に応じて臨床上の負担が過剰にならない範囲において、様式1及びレセプトにおいて、診断根拠や重症度が分かる指標を入力することを検討してはどうか。

(3) 後発医薬品の使用状況について

後発医薬品への取り組みについては、医療機関により大きな差があったが、病院として積極的に取り組んでいる病院では導入が進んでおり、各医師に委ねている病院では導入が進んでいなかった。また、取り組みが進んでいない医療機関からは、薬品の品質等についての不安感が示された。

こうしたことを踏まえ、医療機関としての取り組みを進めることが重要であり、厚生労働省の担当部局より、引き続き後発医薬品についての啓発と必要な情報の提供を進めつつ、DPCデータにおいて、その動向を注視することとしてはどうか。

(4) DPC導入前と導入後での診療内容の

変化について

DPC導入後、後発医薬品の使用や検査の外来での実施等により、大幅に効率化を進めた医療機関があったが、特に医療の質について、問題となるようなことは認められなかった。

また、計算上は現出来高実績点数が現支払点数に比べて非常に小さくなっていったが、調整係数が比較的高いことによる影響が大きかった。

(5) データの質について

データの提出を再三に渡り遅滞している病院があり、その原因としては、院内のITシステムや意識の問題もあったが、一方で、データの質の確保のためには、病院としてマンパワーも含めた体制を整

える必要があるとの指摘もあった。

(6) カルバペネム系または第4世代セフェム系の抗生物質の使用状況について

これらの薬剤について、適切ではないと考えられる使用が行われた事例も認められた。一方で、こうした状況について他の医療機関と比較したことはなく、自院の状況を把握出来ていなかったとの意見もあった。

こうしたことを踏まえ、新たな機能評価係数の議論において指摘されている医療の質に係るデータを公開していることの評価の議論に合わせ、病院として医療の標準化、質の向上の取り組みを推進することについて今後検討していくこととしてはどうか。

一冊の本 book review

『実録 資金ショート危機から生還した病院 銀行に見殺しにされないための十箇条』
 著者 井村健司 著 発行 自由工房 定価 1,680円(税込)

リスケ(リスケジュール)とは、銀行に一定期間返済額の減額を認めさせ、資金繰りをつなぐこと。医療・健診・介護を手がける、収入16億円規模の民間病院をむしばむ資金ショートに、著者は、150日間にわたる対銀行交渉を成功させ、8億円・25年ものリスケを実現させた。本書は、その過程を、各種資料・データ・銀行提出書類等とともにリアルに描出した実録本であり、資金繰りや病院経営に行き詰まっている病院や会社には、ぜひ読んでほしい。財務の裏表や銀行とうまく付き合うノウハウを楽しくながら学べる本である。(K)

銀行に見殺しにされないための十箇条
 リスケで止血! 銀行をうまく使え!

ワクチン接種の基本方針を決定。2回接種で計6,150円

新型インフルエンザ対策 2回接種に見直しの可能性。副作用には救済制度を予定。

政府は10月1日の新型インフルエンザ対策本部で「基本的対処方針」を改訂するとともに、新型インフルエンザワクチン接種の基本方針を正式決定した。

接種の優先対象者について、意見募集にかけた案では「その他」に位置づけられていた「小学1年～3年生(400万人)」を優先対象者に変更した。

また、「1歳未満の小児の保護者」と同格の順位に「優先接種対象者のうち、

身体上の理由により予防接種が受けられない者の保護者等」を追加した。

国内産のワクチンは年度内に2,700万人分程を確保予定で、10月19日の週から順次接種が開始できる見込み。

輸入ワクチンは年度内に5,000万人分程度が確保できる予定で、12月末から1月にかけて輸入開始見込みとしている。

ワクチンの接種回数は現時点では2回

接種を前提とするが、「今後の臨床試験の結果等を踏まえ、10月下旬以降に見直す可能性がある」としている。輸入ワクチンについては「特例承認時(12月頃を想定)に判断する予定」だ。

接種費用は1回目が3,600円、2回目が2,550円の合計6,150円に決まった。ただし、1回目と異なる医療機関で2回目を接種する場合は、健康状態等の確認が必要となることから3,600円とする。

重篤な副作用が生じた場合の救済については「予防接種法に準じた救済制度の創設を予定」としている。

新型インフルエンザワクチンの接種に関して、政府は、国民向けの「Q&A(10月2日時点)」を公表した。海外ワクチンの接種開始時期は現時点で未定のため、使用開始時にさらにQ&Aを追加する予定だ。

「濃厚接触者への抗ウイルス薬予防投与は基礎疾患ない限り推奨せず」

「運用指針」を改訂。濃厚接触した従事者への予防投与は緩和、職務継続も認める

厚生労働省は、また、「医療の確保、検疫、学校・保育施設などの臨時休業の要請などに関する運用指針」を見直し、「二訂版」として10月1日付で公表した。6月19日以来の改訂で、主に、基礎疾患を有する人の感染防止策や治療方法について加筆している。

「二訂版」で、厚労省は、慢性疾患などを有する定期受診者が発症した場合には、電話による診療でもファクスほかによる処方箋の送付によっても抗インフルエンザウイルス薬の処方可能と明記した。ファクスによる処方

箋送付の容認について、厚労省は8月28日付け事務連絡「新型インフルエンザ患者数の増加に向けた医療提供体制の確保等について」でその取扱いを通知しているが、その具体的な取扱いと診療報酬にかかわる対応に関するとりまとめをQ&Aにし、10月2日付事務連絡で、各都道府県などに送付している。

また、基礎疾患の種類に、新たに、慢性腎疾患、慢性肝疾患、神経疾患・神経筋疾患、血液疾患、疾患や治療に伴う免疫抑制状態、小児科領域の慢性疾患を加えている。

「二訂版」には、さらに、濃厚接触者に対する抗インフルエンザウイルス薬の予防投与は、「特段の理由がない限り推奨しない」と明記された。

予防投与の例外としては「基礎疾患を有する人」および「インフルエンザ患者に対応する医療従事者」をあげ、「基礎疾患を有する人」については、これまでと同様、「感染を強く疑われる場合には医師の判断で予防投与を行うことができる」としている。

医療従事者については、これまで「基礎疾患を有する人がウイルスに暴

露した場合に行う」としていたが、基礎疾患がない者であっても、「明らかにウイルスに暴露した場合には実施をすることも検討し、本人の同意に基づき、医師が投与の可否を判断する」と、投与の判断基準を緩和させた。

また、濃厚接触後の職務継続は、これまで「予防投与の上で、感染した可能性が高くない場合」に可能だったが、「二訂版」では、予防投与の有無にかかわらず、院内感染の予防に十分注意した上で可能としている。

シリーズ／個人情報保護に関するQ&A～実際の事例から学ぶ～ 第7回

編集●個人情報保護担当委員会 *毎月15日号に掲載します。

個人情報保護担当委員会では会員病院から種々の相談を受ける。そこで、各施設が実際に体験した事例から他の参考になるような対応事例を場面別に整理し、『全日病ニュース』に連載することで要望に応えることにした。

第7回目は、薬局での説明が他人に筒抜けであるとして患者から苦情が出た事例を紹介する。(担当 個人情報保護担当委員会特別委員 宮澤潤介護士)

個人情報保護にかかわる対応事例 その7

Q 薬局での説明が他人に筒抜けであるというクレームが寄せられました。

●事例

薬局の受渡し窓口で患者さんと薬の確認をし、用法についての注意等を説明していたところ、周囲の人に聞かれ

てしまったとクレームがつけられました。個人情報保護法に違反すると言われましたが、どうすればよいでしょうか。

A 個人情報保護担当委員会の見解

個人情報という、つい診療行為そのものに目が行ってしまいますが、投与する薬剤名や注意事項等を聞くだけで疾患名の想像がついてしまうことも確かにあります。そのため、本来であれば、投薬内容、注意事項を他の患者に聞かれないよう注意して説明されるべきこととなるでしょう。

ただ、これを完全に実施するには、建物の構造の変更を伴わなければならないこともあるなど、不可能な場合もあります。

そのため、番号札で呼び出し、投薬袋を指さし、「お名前に間違いありませんか?」とたずねるなど、名前を声に出

さない形で確認するといった工夫もあってよいと考えられます。

また、投薬に関する注意事項は各々の受取窓口で各人別に「衡立」を立てるなど、簡単にできる工夫を導入してみることも必要かもしれません。

個人情報保護法は個人が特定されなければ違法とはなりませんので、名前を特定しない形を考えることが第一と思われま

す。ただ、個人情報を気にする余り、必要にして十分な説明ができなくなるのでは、安全性に関して本末転倒ですので、その点は十分に留意して下さい。

DPC決定ソフトでベンダー業界からヒアリング

DPC評価分科会 「点数を高くしたいという要望を聞くことはある。不適切事例がゼロとは言えない」

10月5日の診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会は、保健医療福祉情報システム工業会(JAHIS)からヒアリングを実施した。JAHISは医療福祉分野のソフトやITシステム設計を担う339社(09年8月現在)で組織された、いわゆるベンダー企業の業界団体。

医療機関は、オーダーリングや電子カルテの導入だけでなく、DPC導入に際した情報管理システムの構築には、ほぼ、JAHIS加盟のITシステム設計企業を起用している。

9月24日のDPC分科会が実施したヒアリングに先立った特別調査には、DPC決定システムのソフトを提供しているメーカーをたずねる項目が盛り込まれた。

この経緯について、某委員は「ある企業のコーディングソフトにDICと敗血症のコードがやたら多く出るという時期があった。今回は、それで、ベンダーについても調べた」と説明。疑義がもたれた企業の実名を公表し、ヒアリングに呼ばれたDPC対象の2病院が当該メーカーのソフトを使っていることを明らかにするという一幕があった。

9月25日のヒアリングで、データ提出の期限を守れなかった病院の背景に、データ作成の過程を異なるシステムのジョイントによって実現しようとしたためにエラーが生じ、人の手でデータを入力して切り抜けていたという、既存システムにDPCを追加導入する上でしばしば直面する問題点が指摘された。表向きには、それが、JAHISにヒアリングを実施した理由とされている。

しかし、DPCの運営に関しては、かねてから「アップコーディングを可能とするソフト」にまつわる噂が絶えなかったこともあり、今回、初めてベンダー業界の意見を聞く機会が設けられたもの。

ヒアリングで、DPC分科会の西岡会長は正面から、DICと敗血症のコード決定が多く出るソフトがあり、「結果的にアップコーディングになるという声がある」と質した。

これに、JAHISの担当者は、「一般的にSEとして、そういう仕組みをつくることはできない。SEは、病院の要望にしたがって作っているに過ぎない。病院から“少しでも点数を高くしたい”と

いう要望を聞くことはある。現場で、そういう例がゼロとは言えない」と、病院の責に帰しながら、そうした事実があることを示唆した。

一方、「改定毎のシステム修正で100万円単位の費用がかかるのはなぜか」という質問には、「ベンダー各社が手を携えて(費用相場を引き上げて)いるということはない。オーダーリング、DPC決定支援システム、退院時サマリーの作成に影響が出る改正になると高くなるざるを得ない。医事会計システムの範囲の修正であれば(通常の修正費用と)横並びで終わる」と回答した。

「どうすれば安くできるのか」という質問には、「3日以内の再入院は一連の入院とみなす」という制度変更を例にあげ、「この変更は、様式1やレセプトに“一連”の概念を新設する必要があるなど、オーダーリング、DPC決定システム、医事システムなどシステム全体に影響する。前回入院分の点数を調整するのでなく、単に日数を引き継ぐだけであれば簡単であった」と説明した。

「オーダーリング、DPC決定、医事会計システムのすべてが同一メーカーである

必要はない。標準化ができていればよいのではないか」という質問には、「誰がDPCを決定するという点が病院によって異なる。医師、診療情報管理士、なかには医事課という病院もある。例えば、転棟も誰が決めるのかという点も病院によってバラバラだ。そうしたことがシステムの修正を複雑にしている」と説明した。

西岡分科会長も「1つのメーカーにシステムをお願いすると、未来永劫にそうせざるを得ないというのが現実だ。メーカー間の標準化を進めてほしい」と要請。担当者は「DPCは病名とコードがあるので標準化しやすい。一層努力したい」と答えた。

標準化について、松田委員は、「ソフトの標準化も必要だが、病院側が業務のフローを共通化することが大切だ。フランスでは医療情報部門の設置が義務づけられ、フローが標準化されている。これは病院界が率先して取り組むべき課題かと考える。標準化されて、そのリソースがオープンにされ、皆が(IT)を導入できるようにしてほしい」と締め括った。

DPC調査・請求データをパスの作成・見直し、バリエーション評価に活用

DPC分析ツールMEDI-TARGETの新たな利用価値

医療の質向上委員会委員長 飯田修平

DPC制度下では、医療の質と経営効率の向上の両立に向けた取り組みが大切である。特に診療プロセス(パス)の標準化は医療の質とコストを左右する要であり、チーム医療の展開による継続的な改善サイクルを定着させることが重要である。

全日病で導入・普及に努めているDPC分析ツールMEDI-TARGETは、複数の患者に対する診療行為の実施率とい

う視点から、診療プロセス、すなわち、パスの分析が可能である。

疾患別標準医療の把握、エビデンスに基づいた医療の実施状況の評価、クリニカルパス作成のための実績情報の集積と抽出、パスの運用やバリエーション発生状況の確認など、さまざまな用途に合わせて診療プロセスを可視化し、院内のPDCAサイクルを強力に支援できる。

■疾患別に院内の標準医療を把握

E/Fファイルのデータを実施日ごとに展開すると、何日目にどのような診療行為を実施したかという診療プロセスを患者単位に可視化することができる。MEDI-TARGETでは、複数の患者の診療プロセスを重ね合わせて集計し、何時、何を、何割の患者に実施したかという統計数値を可視化できる。

例えば、急性心筋梗塞の患者に着目して分析すると、PCI(経皮的冠動脈インターベンション)とCABG(冠動脈大動脈バイパス術)の実施割合、補助循環を適用した患者割合等、治療方法の選択状況を容易に把握できる。また、カテコ

ラミンや血液製剤の使用状況、血液検査や画像診断の実施状況など、院内で実施されている標準的な医療を一目で把握可能である。

入院日または手術日を基準に実施率の集計をとることができ、分析対象となる疾患の特性に合わせて自由に選択可能である。また、一定以上の実施率を設定してフィルタをかけて標準的な診療行為を抽出したり、薬剤や検査をグルーピングして大まかな傾向を把握するなど、診療実績の全体像を容易に把握することができる。

図1 急性心筋梗塞におけるパス分析画面のサンプル

■エビデンスに基づく医療の実施状況の評価

診療プロセスを統計的に分析することで、診療ガイドライン等に準拠した医療が行われているかどうか確認することも可能である。

急性心筋梗塞においては、発症後速やかにアスピリンやβブロッカーを投与することが推奨されている。特定の薬剤に着目し、投与率や投与タイミングを分析することで、エビデンスに基づいた投薬の実施状況の評価することができ

る。リハビリテーションの早期実施は早期回復につながるとされており、実施傾向を評価することも可能である。

パス分析画面の各セルの実施率から、該当患者や該当しない患者を抽出することができる。バリエーションが発生した患者や、標準医療が実施されなかった患者を抽出して原因を追究するなど、医療の質向上の観点からも活用できる。

■外来診療を含む診療の全体像を可視化

重要な診療行為を外来で実施する場合も多く、診療プロセスの全体像を把握するためには、入院データと外来データの統合が必要不可欠である。

今回のMEDI-TARGETのバージョンアップの大きな特徴は外来E/Fファ

イルの分析をサポートしたことである。これにより、必要な検査や投薬が外来で行われている場合でも、診療プロセス全体を把握することができ、診療プロセスの最適化を検討することが可能である。

■多彩な絞り込み条件でアウトライヤーを除外

診療プロセスの分析においては、分析対象患者を適切に絞り込むことが重要である。パス分析ではDPCのみならず、実施した手術、病名、入院期間、予定緊急区分、年代など、多彩な条件で対象患者の絞り込みが可能である。

また、レセ電算コードで任意の診療行為を指定し、該当する患者だけを抽出できる。在院日数ごとの患者数分布や診療区分別の医療資源投入量を参照し、特定の在院日数に焦点をあてて対象患者を絞り込むことも可能である。

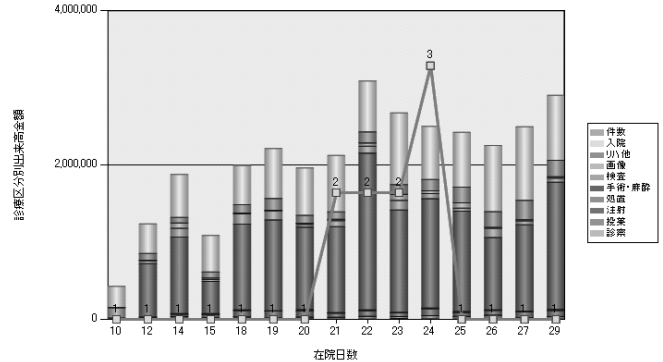


図2 在院日数による対象患者の絞り込み

■医療チームによる継続的な改善サイクルの定着

診療プロセスの改善は医療の質向上のみならず、コストを左右する要でもあり、医療チームによる継続的な改善サイクルを定着させることが重要である。

MEDI-TARGETは、診療プロセスすなわちクリニカルパスの作成から、運用評価、改善まで、PDCAサイクルを廻すなど、診療プロセスの標準化支援ツールとして活用できる。

【全日病DPC分析事業の概要】

毎月のDPCデータを使って自院分析とベンチマークを低費用で行なうのが「全日病DPC分析事業」である。

共同開発者であるニッセイ情報テクノロジー社の分析ソフト(MEDI-TARGET)をインターネットを通じて提供する方法(ASP)を採用しているため、サーバー等の機器を新規購入する必要がなく、参加病院のみが活用できるデータ分析サービスが種々と付加されており、参加病院に好評を博している。

MEDI-TARGETによって各指標毎のベンチマーク分析ができるため、

自院の位置が把握できる。分析指標は厚労省では得られない指標が多く、経営分析には絶好のデータが入手できる。

データを提出できる体制があれば、DPCを導入していない病院でも、また、どの月からでも参加できる。分析データの提供はエクスプレス版(試用版:PDFでフィードバック)、スタンダード版(定型分析)、エンタープライズ版(定型分析+自由分析)とニーズに応じた3タイプから選択でき、スタンダード版、エンタープライズ版には全日病会員に特別価格を設定している。

会員特別価格

サービス名	初期費用	利用料(月額)	事務手数料(月額)
スタンダード(定型)	300,000	50,000	3,500
エンタープライズ(定型+自由分析)	400,000	80,000	5,000

詳しくは全日病ホームページをご覧ください。事務局までお問い合わせください。全日病事務局 Tel.03-3234-5165 <http://www.ajha.or.jp/>

第51回全日病学会 鹿児島大会において「MEDI-TARGET」に関連した企画を実施します。興味がある方は是非ご参加ください。

- 第2日目(平成21年11月22日(日)) 9:00-10:25
医療の質向上委員会 シンポジウム「臨床指標を用いた医療の質向上」
- 第2日目(平成21年11月22日(日)) 12:00-13:00
ランチョンセミナー「DPC データを活用した診療パス標準化への取り組み～全日病DPC分析事業 MEDI-TARGET のご紹介～」

医療事務技能審査試験

医療事務技能審査試験は、厚生労働省許可の(財)日本医療教育財団が実施する全国一斉の統一試験であり、試験合格者には「メディカル クラーク」の称号が付与されます。

- 合格者に付与する称号 (1)1級メディカル クラーク (2)2級メディカル クラーク
- 受験資格 医療事務職としての実務経験等の受験資格があります。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等で実施します。
- 受験料 6,500円(1級・2級とも同一)

- 試験日 (1)1級 年3回(6月・10月・2月) (2)2級 年12回(毎月)
- 試験科目 <実技I> 患者接遇(1級には院内コミュニケーションも含む)
<学 科> 医療事務知識
<実技II> 診療報酬請求事務(明細書点検)

医師事務作業補助技能認定試験

【主催：社団法人 全日本病院協会・財団法人 日本医療教育財団】
医師事務作業補助体制加算の施設基準として定められている基礎知識の習得に対応した、医師事務作業補助者の能力を評価する試験です。

- 合格者に付与する称号 ドクターズクラーク
- 受験資格 医師事務作業補助職としての実務経験等の受験資格があります。
- 試験会場 各都道府県内の公共施設等で実施します。

- 受験料 8,000円
- 試験日 年6回(5月・7月・9月・11月・1月・3月)
- 試験科目 <学科> 医師事務作業補助知識 <実技> 医療文書作成

●試験の詳細資料をご希望の方は右記へご請求ください。
●ご請求の際は、「請求番号 1923」とお知らせください。

(財)日本医療教育財団

〒101-0064 東京都千代田区猿樂町2-2-10-1923
●03(3294)6624 <http://www.jme.or.jp>

兵庫県佐用中央病院に会員4病院が支援班を出動

救急・防災委の災害時医療支援活動 胸までの浸水に機器だけで2億円が被害。「支援活動に勇気づけられた」

今年8月8日から11日にかけて四国、近畿、東海、関東から東北の一部を通過した台風9号は各地に豪雨をもたらし、死者・行方不明27人のほか、6,000戸にのぼる浸水と家屋被害を生み出し、激甚災害として閣議決定された。

とくに被害が深刻であった兵庫県と岡山県の一部地域には災害救助法が適用されたが、中でも、死者・行方不明の大半が集中した兵庫県佐用郡佐用町は未曾有の集中豪雨によって町ぐるみで冠水、約150万本の向日葵出荷を誇る静かな山あいには水と土砂に没した。

その佐用町に位置する会員病院の医療法人聖医会佐用中央病院(藤網徹也

理事長)は、台風9号によって1階が床上浸水に見舞われた。

佐用中央病院の被害をいち早く知ったのは、同じ兵庫県内にある赤穂中央病院の古城資久理事長。全日病理事として救急・防災委員を務める古城氏は、8月11日に救急・防災委員会の石原哲委員長(東京・白鬚橋病院院長)、加納繁照副委員長(大阪・加納総合病院理事長)、さらに兵庫県支部長を務める西昂常任理事(兵庫・西病院理事長)に、全日病の支援が必要である旨を伝えた。

連絡を受けた石原救急・防災委員長は、本会の災害時医療支援活動規則に規定する災害時医療支援活動に該当す

ると判断、西澤会長より出動の承認を得るとともに前出3病院に出動を要請、4病院の医療支援班はそれぞれ、8月12日に現地入りをはたした。

全日病本部からは事務局職員1名が白鬚橋病院班に同行した。

浸水に見舞われた佐用中央病院の1階はまさに泥水につかっていた。医療機器はすべて破棄するしかない状態にあり、病院職員あげて、畳、ソファ、机、ロッカー等を屋外に搬出、トラックで廃材集積場へ運び出す一方、まだ水が残っている部屋からの記録書類の運び出しと泥の撤去、室内の洗浄に追われていた。

かけつけた支援班は、主に廃材となった医療機器類、ロッカー、畳、ソファ等の搬出と泥の撤去、病院前水路の確保等の作業に当たり、台風一過の暑さと泥の匂いにむせかえりながら、黙々と取り組んだ。

そして、4病院からなる医療支援班は原状回復のめどが立った13日午後撤収、それぞれの病院に戻った。

浸水のさ中も、佐用中央病院は被害をまぬがれた2階部分で救急搬送患者の受入れを続け、地域医療の前線を担

う民間病院として災害地域を支える姿勢を堅持した。

佐用中央病院の林院長は9月19日に本会本部を訪れ、第6回常任理事会の冒頭で、復旧の現状を報告するとともに、4会員病院からなる本会の医療支援活動に対する謝辞を述べた。

林院長は、「浸水1週間後の9月19日にCTが、その2週間後にMRIがようやく再稼働できた。被災で失った2億円の機器類を新たに購入しないとならない。工事費用もかかる。しかし、行政からの支援はゼロだ。災害にあった医療機関を助ける法律はあることはあるが、ほとんどが公的医療機関対象である。普通であれば自院はつぶれていただろう。しかし、こうした中、全日病の支援活動は泥の搬出など人手のかかる作業に取り組み、大きな勇気をいただいた。心より御礼申し上げたい」と語った。

石原救急・防災委員長は、林院長に、被災した民間医療機関にも支援が及ぶよう法改正に努める意向を表明するとともに、佐用中央病院の病院再建への取り組みに期待を寄せた。



第2回理事会・第5回常任理事会・第2回支部長会の詳細 8月29日

【主な協議事項】

●委員会体制の一部変更

2009年度に再編した委員会体制のうち、専門部門に位置づけられている学術委員会に吸収された国際交流委員会を独立させ、新たに事業部門に位置づけることが承認された。国際交流委員会は、昨年までと同様、赤枝雄一常任理事が委員長に就任した。

●ホームページの改訂

本会ホームページの改訂作業に着手することが基本的に承認された。

●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の5名の入会が承認された。
 福島県 小名浜生協病院 院長代理 叶多則之
 東京都 愛和病院 理事長 竹川勝治
 長野県 千曲中央病院 理事長 大西雄太郎
 兵庫県 平成病院 理事長 伊豆敦子
 福岡県 内藤病院 理事長 内藤壽則
 退会が5名あった結果、在籍会員数は2,270名となった。
 賛助会員として以下の入会が承認された。
 スキルアップジャパン株式会社(本社東京都・坂野哲平代表取締役)
 賛助会員数は合計84社・団体となった。

【主な報告事項】

●「医療機関等における認知症患者数及び老健施設への転換計画の調査」の実施

09年度老人保健健康増進等事業として「認知症をもつ要介護高齢者への適切な医療・ケア体制の構築に関する調査研究事業」を本会と日本慢性期医療協会が共同で受託、その一環として「医療機関等における認知

症患者数及び介護老人保健施設への転換計画の調査」を両団体の全会員病院を対象に実施することが報告された。

●被災状況調査の結果報告

山口県集中豪雨(7月21日)、九州北部・中国・四国地方集中豪雨(7月24～25日)、静岡県駿河湾沖地震(8月11日)、台風9号(8月10～11日)による会員病院の被災状況が報告された。

このうち、本会災害対応規則の見舞金支給規定に、九州北部・中国・四国地方集中豪雨では9病院、駿河湾沖地震では1病院が該当した。

●病院機能評価の審査結果(Ver.5.0:順不同)

5月1日付で以下の12会員病院に病院機能評価認定証の発行・更新が決まった。

- ◎一般病院
 - 北海道 釧路孝仁会記念病院 新規
 - 神奈川県 東名厚木病院 更新
 - 神奈川県 宮川病院 更新
 - 大阪府 白鷺病院 更新
 - 大阪府 多根総合病院 更新
 - 岡山県 倉敷平成病院 新規
 - ◎精神科病院
 - 大分県 帆秋病院 新規
 - ◎療養病院
 - 北海道 新札幌パウロ病院 更新
 - 兵庫県 いなみ野病院 更新
 - ◎複合病院
 - 群馬県 美原記念病院 更新
 - 愛知県 メイトウホスピタル 更新
 - 広島県 府中北市民病院 更新
- 6月5日付の発行・更新(16会員病院)

◎一般病院

- 東京都 浩生会スズキ病院 更新
- 神奈川県 葉山ハートセンター 更新
- 福岡県 久留米大学病院
- 沖縄県 浦添総合病院 更新
- 沖縄県 ハートライフ病院 更新

◎精神科病院

- 大阪府 茨木病院 新規

◎療養病院

- 岩手県 奥州病院 更新
- 静岡県 熱川温泉病院 更新

◎複合病院

- 北海道 森病院 更新
 - 埼玉県 大生病院 更新
 - 東京都 木村病院 更新
 - 東京都 多摩丘陵病院 新規
 - 愛媛県 野本記念病院 新規
 - 福岡県 田主丸中央病院 更新
 - 福岡県 原病院 更新
 - 熊本県 はまゆう療養園 更新
- 7月3日付の発行・更新(14会員病院)

◎一般病院

- 北海道 恵み野病院 更新
- 福島県 寿泉堂総合病院 更新
- 愛知県 大雄会第一病院 更新
- 兵庫県 明和病院 更新
- 兵庫県 宝塚第一病院 更新
- 広島県 寺岡記念病院 更新
- 熊本県 出田眼科病院 更新

◎療養病院

- 広島県 西広島リハビリテーション病院 更新
- 徳島県 鳴門山上病院 更新

◎複合病院

- 岐阜県 近石病院 更新
- 熊本県 熊本第一病院 更新
- 熊本県 桜十字病院 新規
- 宮崎県 和田病院 更新
- 鹿児島県 丸田病院 更新

7月3日現在の認定病院は合計2,555病院。そのうち、本会会員は864病院と38%を占めている。

第6回常任理事会の詳細 9月19日

【主な協議事項】

●日帰り人間ドック施設指定内規の一部変更

日帰り人間ドック施設指定内規の一部変更が承認された。10月1日より実施される。変更事項は、①指定施設の対象を「全日病会員もしくは全日病会員の関連施設」から「全日病会員もしくは賛助会員」に改める、②指定施設の認定更新について新たに更新料(5万円)を設ける(ただし、全日病学会に参加した施設は認定更新料が減免される)、③初回の認定料を5万円から10万円に引き上げる、という3点。

●入会者の承認(敬称略・順不同)

以下の6名の入会が承認された。
 青森県 弘前記念病院 院長 植山和正
 青森県 佐藤病院 院長 佐藤秀樹
 神奈川県 横浜病院 理事長 北島明佳
 愛知県 米田病院 理事長 米田 實
 大阪府 美喜和会オレンジホスピタル 理事長 北川 晋
 福岡県 小倉清生病院 理事長 西島英利
 退会が3名あった結果、在籍会員数は2,273名となった

あんしんとゆとりで仕事に専念

全日病厚生会の 病院総合補償制度

全日病会員病院および勤務する方のための
充実の補償ラインナップ

- 病院向け団体保険制度
 - 病院賠償責任保険(医師賠償責任保険)
 - 医療施設機械補償保険
 - 居宅介護事業者賠償責任保険
 - マネーフレンド運送保険
 - 医療廃棄物排出事業者責任保険
 - 個人情報漏えい保険
- 従業員向け団体保険制度
 - 勤務医師賠償責任保険
 - 看護職賠償責任保険
 - 薬剤師賠償責任保険

全日病厚生会
http://welfare-ajha.jp/

お問合せ (株)全日病福祉センター
〒101-0061東京都千代田区三崎町3-7-12
Tel.03-3222-5327

病院経営者の視点で日本医療の“成功の秘訣”を探る！

イタリア私立病院協会が訪日 全日病がアテンド。会員病院と関係者施設を視察。細かな質問を連発

イタリア私立病院協会(AIOP)が主催した海外病院研修ツアーの一行が訪日、全日本病院協会の斡旋で各所を視察するとともに全日病幹部との交流を楽しんだ。

一行はAIOPアヴェラルド・オルト青年部会長が率いる29名の病院経営者と医師ほかの病院関係者。10月5日から8日の4日間を全日病が企画したプランにしたがった視察に当て、それぞれの訪問先が用意した講義と見学にいそしんだ。

日本の病院医療視察は、会員病院と関係者施設の全面的な協力を得て首尾よく運び、参加したAIOP会員からは「これほど内容の濃い研修ツアーは初めてのこと」と賛辞と感謝の声があがった。



▲療養病棟を見学する研修ツアーの一行(永生病院にて)

来年の欧州私立病院団体国際会議に全日病を招待

AIOPが訪日ツアーを組むきっかけとなったのは、昨年5月にイタリアのフェララで開催されたIQIP(International Quality Indicator Project)の国際会議。

アメリカのメリーランド病院協会が世界的に展開している臨床指標を用いたアウトカム評価事業IQIPには本会会員の5病院が参加してIQIP-Japanプロジェクトを組織、全日病がそのマネジメントを担当している。

その関係で、フェララの国際会議には西澤寛俊会長および飯田修平医療の質向上委員長ほかが出席、世界各国の質向上とアウトカム評価の取り組みを視察した。その会議で開催国の病院団体であるAIOPとの交流が実現、同年9月には、前出オルタ氏が来日して本会を訪問し、西澤会長ほかと会談した。

その際、オルタ氏は、AIOPが毎年実施している海外病院視察ツアーの2009年訪問国に日本を予定したいとして研修面での協力を要請、西澤会長が快諾したことから今回のツアーが実現した。

会談では、日伊間の私立病院団体同士で継続的な情報交換と交流を深めることでも合意。日本の病院医療視察に際して、全日病は訪問先の選定から研修内容、資料作成など、AIOPの希望を踏まえた全面的な協力を約し、今回の訪日ツアーが実現した。

研修ツアーの一行はプログラム初日に厚生労働省を訪れ、省議室で阿曾沼慎司医政局長の挨拶を受けた後、指導課高宮裕介課長補佐より2時間にわたり、日本の医療提供体制と公的医療保険制度に関する講義を受けた。午後は

日本医師会を表敬訪問、日医の現状について勉強。さらに、日本医療機能評価機構を訪ね、河北博文専務理事から挨拶を受けるとともに、病院機能評価、医療事故防止事業等の説明を受けた。

2日目は練馬総合病院(飯田修平院長)を訪れ、1日かけて、同病院が実践するMQI(Medical Quality Improvement)と診療情報システムに関するレクチャーと視察にいそしんだ。

3日目は、永生病院(安藤高朗理事長)を訪問、医療・介護にわたる複合経営の実状を聞いた後、療養と回復期リハの病棟を中心に見学、関連したクリニック、通所リハ、老健施設、グループホームの各施設をみてまわった。その後、さらにデイケア施設を訪れた。

最終日は東邦大学医療センター大森病院を訪問、ICUなど救命センターの視察後に、医師・看護師の研修体制、病院の物流管理、電子カルテシステム等のレクチャーを受けた。

プログラムの最後は東京都内で全日病主催の懇親会に出席。本会正副会長ほか日本側関係者との交流を楽しんだ。

訪日研修ツアーに参加したメンバーは、病院経営者、医師、医療従事者、弁護士と職種はまちまち。イタリアで

は、病院経営者は医師である必要がない。そのため、各参加者は医師、経営者、経営コンサルタントあるいは医療従事者と、様々な目線で日本の医療制度、病院経営、医療現場に旺盛な関心を示し、先々で活発な質問を繰り返した。

とくに、医療の質向上とITシステム、リハビリテーションに強い関心を示した。また、今回のツアーには病院経営者のジュニアが多数参加しており、医療先進国の日本から多くを学ぼうとする真剣な表情が印象的であった。

訪日研修ツアーを引率したオルタ氏は、最終日の懇談会で、来年5月にパリで開催される、欧州各国の私立病院協会の国際会議に全日病を招待する旨を発表、西澤会長は基本的に参加する意向を表明した。

オルタ氏は、今後も、日伊両国の私立病院団体が交流を重ねることを希望するだけでなく、欧州各国の私立病院団体とも交流を広げ、日本医療のよい面とともに、「少子高齢化に向けて医療制度改革の“実験”を試みる重要な成果を教えてほしい」と、全日病に対する期待を語った。

アヴェラルド・オルタ氏に対するインタビューの要旨を紹介する。



厚労省で講義を受ける一行

公的医療保険はDRG/PPS。公私格差は日本と同じ！

協会自ら提案して外国人看護師を導入。しかし、病院・病床は減少傾向



▲多忙なスケジュールのオルタ氏は移動中のバスでインタビューに応じてくれた

イタリア私立病院協会(AIOP) 青年部会 Averardo Orta部会長に対するインタビュー(要旨)

●AIOPについて紹介してください。

現在、イタリアの病院の半数にあたる600病院が加盟している。我々の主な活動は、常任理事会の運営(7人で構成)、総会の実施、労働契約の仲介や調整、経営コンサルティングだ。機関紙は年6回発行している。年会費は1ベッド当たり57ユーロ(約7,500円)だ。

●イタリアの公的医療保険の特徴は？

国民はすべて公的医療保険(ナショナル・ヘルス・システム=NHS)に加入しなければならない。ただし、NHSで全ての治療を受けることができる。保険下で患者の窓口負担はない。ただし、NHSの下では、入院する迄に1年も待たされたり、外来を受診するだけでも1ヵ月待たされたりすることがある。エミリアロマーニャ地域では、MRI検査を受けるまでに平均8ヶ月もかかる。したがって、年々民間保険への加入が増えている。

●イタリアの病院の現状はいかがか。

病院は大きく民間と公的に分かれるが、前者の規模は後者に比べて小さい。約1,200ある病院の46%が私立病院だが、ベッドは公的病院が78%、私立病院が22%のシェアとなっている。患者の15.3%が私立病院を受診しており、医療従事者の12.4%が私立系に従事している。公的医療費に占める私立病院の割合は7.5%。私立病院の平均在院日数は17.7日だ。

病院は一方で、NHSのサービスを提供する病院(病床)と自費診療対象の病院(病床)とに分かれる。NHSの下ではDRG/PPSで支払われる。また、NHSの病床には病院ごとに年間の医療費が割り当てられる。イタリアも日本と同様に、病院は利益を追求してはならない

とされているが、実際、NHSの下で得る利益はわずかでしかない。したがって、病院が儲ける為には自費診療で賄われる病床数を増やすしかない。

●病院にはどんな規制があるのか。

NHSの下では、医師数、看護師数等、病室の面積等一定の質を保証することが求められる。例えば、個室は12m²、2人部屋は19m²というように。ICUでは1人の患者に2人の看護師が配置されなければならない。ただし、看護師配置は地域や公私によって異なる。

とって看護師の配置を増やしても、診療報酬上の加算があるわけではない。また、病院毎に行なってよい手術が決められている。例えば、自院があるエミリアロマーニャ地方では、6つの病院(4つの私立、2つの公的)しか心臓の手術ができない。

病院を新設する場合は地方自治体に伺いを立てなければならない。ただし、拒否されることは自明である。エミリアロマーニャ地域では過去15年間に1つの病院しか新設が認められず、5つの病院が閉鎖されている。とくに、最近の20年間で、多くの小病院が閉院や合併に追い込まれている。

●イタリアの私立病院の特徴は？

病院の所有形態は、教会、企業、個人、大学、研究機関と様々である。病院の経営者は医師でなくてもよい。ほとんどの私立病院は、診療、経営、会計の3分野にそれぞれトップマネージャーを置いている。

私的病院が赤字になったらオーナーが赤字を補填をしなければならない。しかし、赤字が恒常化している公的病

院では、政府が税金で赤字を補填してくれる。

●日本では医師と看護師の不足が深刻になっているが。

医師の数は現在足りている。日本では軽症者による救急車の利用が多く、救急医療が疲弊していると聞いたが、イタリアでは救急搬送をめぐる問題はない。

看護師不足は10年前までは深刻だった。そこでAIOPが政府に呼びかけて、スペイン、チュニジア等から看護師を連れてきた。このときに、我々AIOPがイタリア語教室を設置したり、入国に際する各種手続き等を受けもった。チュニジアだけでも1年に1,000人の看護師が移入してきた。

東欧には良質の看護師が沢山いるが、EUに統合されたために各種の手続きが不要になった。こうしてイタリアで

活躍する看護師が増えたため、看護師不足の問題は解決されている。

●AIOPが発行しているAnnual Report(年次報告)は大変素晴らしい事業だ。

お褒めいただいて恐縮だ。年次報告は7年前に作成し始めた。病院医療を中心に、イタリアの医療の全体像を、統計を使って編纂している。会員や政府に無料で配布しているが、専門誌も参照しており、医療関係者でこの書知らない人はいない。7人の委員から成る委員会が年次報告書を管理・監督している。AIOPがデータを収集し、分析研究は、専門家を有する企業に委託している。データ収集の為に、毎年1,000人の国民にインタビューを実施しているため、毎年30万ユーロの経費がかかっている

■イタリア医療の基本情報

日本の0.8倍の面積に5,735万人の人口を擁するイタリアは、1978年に導入された政府が運営するNational Health System(NHS)が国民の医療サービスを担っている。NHSは実際の権限が州に委譲されており、直接には、地域保健の単位である公法人のUSL(地区衛生保健所)が管轄している。

国民は公的医療保険に加入しなければならない。税金を収める限り、全員が被保険者の資格を持つ。英国のHNSによく似たNHSは、その財源が政府の一般会計から支出されているため、国民は高い税金を負担する一方、保険料の徴収がなく、検査と薬剤を除くと一部負担はない。

公的支出による医療費は毎年増加し、2007年には858億ユーロ(約11.3兆円)に達した。対GDP比は8.7%と日本と近似している。病院数は2006年で1,209、総病床数は22万8,000ある。病院の開業主体は、公営、カソリック教会、大学、企業、個人など多岐にわたる。人口千人あたりの医師数は3.65人と日本の倍近いが、看護師は7.03人と日本よりも少ない(07年)。

NHS下の病院に対する支払いはDRG/PPS方式を採用しており、病院ごとに年間の予算枠が定められている。

公的な介護保険サービスはなく、在宅中心の福祉サービスで賄っている。